CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra. amb NIF:

Amb domicili en

Localitat CP Província

Telèfons de contacte:

En qualitat de pare/mare, tutor/tutora legal de l’alumne/alumna:

Curs: Grup:

Indica que ha sigut informat pel metge/ per la metgessa, SR./Sra. :

Col·legiat/col·legiada núm.: de tots els aspectes relatius a l’administració

de la medicació prescrita al cap d’alumne/alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per al seu administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada prèvia comunicació escrita a la persona responsable de la direcció del centre docent.

A València, en data de 201

Firmat, NIF: